

(別記)

(公表様式1)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準
(共通版)

評価機関

名 称	NPO法人 九州評価機構
所 在 地	熊本市北区四方寄町426-4
評価実施期間	25年11月1日～26年3月10日
評価調査者番号	12-004
	13-005
	06-014

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： (施設名)	居宅介護支援事業所 みかんの丘 居宅介護支援事業所 みかんの丘	種別：	居宅介護支援事業所
代表者氏名： (管理者)	理事長 金澤 剛 管理者 谷山 京子	開設年月日：	平成17年 4月 1日
設置主体：	社会福祉法人 陽光	定員：	無
経営主体：	社会福祉法人 陽光	(利用人数)	116人
所在地：〒861-5348 熊本市西区河内町白浜字堀切1440番地2			
連絡先電話番号： 096 278 4055		FAX番号： 096 278 4056	
ホームページアドレス	http://www.mikan-oka.com		

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事					
居宅支援事業						
居室概要	居室以外の施設設備の概要					
	夢見館(地域交流スペース) 巧笑の湯(地域開放温泉)					
職員の配置						
	職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
	管理者	1		介護支援専門員	1	
	介護支援専門員	3		介護支援専門員	3	
	事務員	1		無資格	1	
	合 計	5		合 計	5	

資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

2 評価結果総評

特に評価の高い点

利用者・家族との面談を通して得られた情報を基に、利用者・家族がわかりやすいようにサービス利用の種別の導入方法などの説明を行い、決定に際しては利用者・家族の意向を尊重したサービスを行っています。また、利用者・家族の相談対応は、担当者が窓口となり、相談内容によっては必要に応じて他のサービス窓口へ引き継いだり連絡先の紹介を行うなど、きめ細かなサービスが行われています。

苦情相談があればグループウェアのシステムを使って内容を知らせる等、共有化も図られ、同じような苦情が内容に努められています。サービスを個別・具体的に実施するための方法としては、意思疎通が困難な利用者については筆談・ボディランゲージ・話し方の工夫など、利用者に合わせた対応をすることで、可能な限り利用者本人の意向を尊重しています。食事提供・入浴に関しても利用者の身体状況、精神状況、希望に基づいた支援方法が、居宅サービス計画書に詳細に記載されています。リハビリ面に関しては、情報提供書から各サービス提供事業者が身体状況に合わせたサービス提供が行えるよう、詳細な計画書を事業所に指示され、自立への支援を行っています。

改善を求められる点

利用者やその家族等からの相談に積極的に対応するために、相談の流れをわかりやすいフローチャート等で明確化する取組みが望まれます。

現在、サービスに対して満足している利用者や事業所が多い事が、アンケート調査から読み取れますが、一方で多様なニーズに応えきれていない部分も見受けられます。サービスの均一性を担保しつつ、業務の効率化を図ることが重要と思われれます。さらに職員全体が「一体感」をもてる職場環境の構築に向け、人員体制の充実も期待されます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H26.3.15) 今回第三者評価を受けるにあたって、みかんの丘の理念、基本方針について再確認、さらにケアマネジャーとしての資質はどうか？ケアプランは、ご利用者様にとって最良となっているのか？等など考えることが一杯になってしまった。私達4人は自分たちの仕事に対して、悩みながらもプライドを持ってご利用者様と、ご家族と向き合って接していると思っているのだが...また、管理者自らの役割と責任は？主任ケアマネとしては？他のスタッフに随分迷惑をかけながら、助けられながら、力を借りながらの日々である。評価結果をサービスの向上につなげ、改善点にもあるように、今後さらにご利用者、ご家族から、地域の方々からの相談に、積極的に対応できるように、信頼を得られるように仕事に邁進していきたいと思っています。

4 評価分類別評価内容

評価対象 1 理念・基本方針	事業所の理念及び基本方針の中心項目でもある「一視同仁、親切丁寧をモットーとする」精神を法人全体で共有することで、公正中立な支援、真心対応を踏まえた取組みで、利用者や家族及び地域の高い信頼を得ています。また、法人内の他の介護サービスとの連携により、総合的なサービスを展開しており、法人一体となった年度計画は、具体的な目標が掲げられており、職員全員
-------------------	--

	<p>が高い意識を持って日々の業務を行っています。自立支援のためのケアプランにより、在宅復帰を目指した基本方針は運営方針として明文化されており、介護支援の規範となっっています。</p>
2 計画の策定	<p>新しい「介護体系」づくりを念頭に置き在宅復帰もターミナルケアも可能とする「みかんの丘」を目指している事から、将来に向けた時代の要求を取り入れようとする介護を推進した計画となっています。ビジョンを具体化したバランス・スコアカードには、組織の未来像や社会に実現したいと思うビジョンが策定されています。目標達成のためのステップを明確にし、人材育成までを見据えた計画の策定が行われています。</p> <p>周知の方法として、年度初めに全職員に対しオリエンテーションを実施し、法人としての目標、部署目標を説明し、職員間で共有しています。利用者や家族へはホームページでの掲載で周知しているが、十分理解しているかは不明です。在宅介護を目指す事業所側と利用者や受け入れ家族側との思いが、様々な事情により困難であるのが現状です。よって、今までの介護に対する考え方に新しい介護体系を浸透させる為の時間が必要だと思われます。</p>
3 管理者の責任とリーダーシップ	<p>職務規程に標記するとともに、毎年度初めのオリエンテーションでは組織構成図を示し責任を表明しています。また、毎月の事業報告会でも実績報告をすることで、管理者としての責務を表明しています。常に新しい「介護体系」づくりを念頭に置き在宅復帰もターミナルケアも可能とする「みかんの丘」を目指して指導力を発揮しています。</p>
評価対象 1 経営状況の把握	<p>月別の実績・目標が集計され職員に周知されており、経営状況の透明性が確保されています。関係各種の行政情報や福祉関係のニュースから積極的に情報収集を行い、中長期計画や事業計画の策定に反映させています。常任監査委員による毎週の監査・外部の公認会計士による毎月の収支状況監査・運営監査については年2回外部監査を実施し経営の健全化を図っています。</p>
2 人材の確保・養成	<p>自立支援を組織的に実施するに当たり、適切かつ計画的な人員配置のために、人材の確保と教育計画は年間計画に盛り込まれています。個々の職員が目標管理シートに記入した目標やその達成のための計画を自己評価させ、年3回の面談でその達成度を確認し考課対象としています。今後は詳細な人事考課基準の策定や職員への周知の面で充実が期待されます。</p>
3 安全管理	<p>緊急時および事故・感染症発生時におけるマニュアルが整備されています。特に事故に関しては、まず事故報告を共有PCにアップするとともに、その日のうちに複数職員で対策を考えさせる仕組みがあり、毎月の事故対策委員会でも事故報告の検討がされて</p>

	<p>います。消防署や地元消防団との合同防災訓練を実施したり、はしご車が利用できるような遊歩道も独自に整備しています。毎月の訓練で地域防災拠点としての役割も果たしています。大事故や感染症の拡大があった場合はグループ全体の総力を利用して対処する体制が構築されています。</p>
4 地域との交流と連携	<p>法人と利用者とは共同で秋まつりを開催しており、地域住民の参加や協力も得られています。職員を通じて住民や地元の有識者にも協力依頼がしやすい関係が構築されています。地域交流センター夢見館では、老人会・民生委員会等の会議のほか書道教室、地域交流サロンが開催され、施設内の温泉を地域住民に毎日開放し、地域住民への機能還元を図っています。事業所が有する専門的な機能の還元を研修会や勉強会等の開催で発信していく事が更に望まれます。ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明確にされており、窓口も事務長が担当するなど、地域とのかかわりの強化のために積極的な受け入れが行われています。協力医療機関との連携により利用者の健康管理のほか、消防署や消防団との独自協定による訓練の実施・災害時の一時避難場所として自治会と協定を結ぶなど連携取組みが行われています。民生委員の会議に出席したり、みかんの丘情報特派員制度を作り、地域の福祉のニーズの把握に積極的に努めています。</p>
<p>評価対象</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>理念の明示や昼礼時の唱和によって職員の共通理解を徹底し、各種の勉強会や会議・委員会活動をとって利用者尊重に努め、個人情報保護の勉強会やプライバシー保護マニュアルの勉強会をとって徹底しています。担当者会議では利用者満足の確認を、またサービス向上委員会では家族の要望調査を実施し、利用者・家族等の介護力強化のためのアクションプランで、利用者の満足度の向上を意図した取組みが位置づけられているものの、毎月の訪問時のモニタリングでの利用者や家族の思いに満足の捉え方が様々であり苦慮しています。担当者会議その他で出された利用者や家族の意見は、回覧メールで職員が共有化する仕組みがあり、意見箱に出された意見に対しては、第三者委員にも意見をもらって改善に努めるようにもしてあります。苦情解決マニュアルが整備され、受付から対策の実施・報告までの手順が明記されており、また法人内PCでの共有化によって、同じような苦情が再出しないように取組みがなされています。</p>
2 サービスの質の確保	<p>サービス向上委員会の報告を毎月の運営委員会で検討するほか、理事会や評議委員会でも事業報告してサービス内容についての評価を行っています。また苦情については、年4回の第三者委員会でその対策についての評価を行い、各事業年度の計画を評価・分析し、運営会議で次年度の課題を明確にしたうえで、事業</p>

	計画（BSC手法）に反映させるようにしています。定期的な見直しは規程の中にも明記されており、見直しが必要な場合はマニュアル変更手順に沿って見直し案を作成、運営委員会で承認し現状に合わせた適切なマニュアルを職員に周知しています。個々の利用者について、上司は研修や口頭により職員に周知徹底につとめているものの、ケアプランの策定に差異がみられます。標準的な実施方法に基づいて実施に向けた取組みを行うには、今現在の介護の考え方や支援のあり方を考え直す必要があり、さらなる勉強が必要と思われます。
3 サービスの開始 継続	パンフレットや日常的な地域との交流の中で情報提供を行うように努力しています。ホームページでは理念も紹介され、具体的な施設サービス内容についても公表しています。重要事項説明書により利用者、家族に具体的に説明し、同意を得ています。新しい「介護体系」づくりを念頭に置き在宅復帰もターミナルケアも可能とする「みかんの丘」を目指している事から「自立支援介護」についてもサービス提供の具体的な目標等も家族を含めた担当者会議で説明し同意を得ています。
4 サービス実施 計画の策定	入退所指針によりサービスの継続に配慮した対応を行っています。入院や有料老人ホーム等への移行があった場合でも出来るだけ継続支援を目指しています。介護力向上委員会をはじめ毎月の実施計画は見直しをする仕組みがあります。毎月のモニタリングや身体状態の変化などの状況によってケアプランの見直しを行って、ケアマネージャーがサービス計画書を作成し、本人、家族意向を配慮しながら評価・見直しを行っています。

（参考） 利用者調査の手法等

調査の手法	対象者	対象数(人)	基準数に満たない場合の理由
アンケート調査	利用者本人	116人	
	利用事業所	18事業所	
聞き取り調査	利用者本人		
	家族・保護者		
観察調査	利用者本人		

評価細目の第三者評価結果 【 共通版 】

評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

		第三者評価結果
- 1 - (1) 理念、基本方針が確立されている。		
	- 1 - (1) - 理念が明文化されている。	a・ b ・c
	- 1 - (1) - 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a ・b・c
- 1 - (2) 理念、基本方針が周知されている。		
	- 1 - (2) - 理念や基本方針が職員に周知されている。	a ・b・c
	- 1 - (2) - 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a ・b・c

- 2 事業計画の策定

		第三者評価結果
- 2 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
	- 2 - (1) - 中・長期計画が策定されている。	a ・b・c
	- 2 - (1) - 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a ・b・c
- 2 - (2) 事業計画が適切に策定されている。		
	- 2 - (2) - 事業計画の策定が組織的に行われている。	a ・b・c
	- 2 - (2) - 事業計画が職員に周知されている。	a ・b・c
	- 2 - (2) - 事業計画が利用者等に周知されている。	a・ b ・c

- 3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
- 3 - (1) 管理者の責任が明確にされている。		
	- 3 - (1) - 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a ・b・c
	- 3 - (1) - 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a ・b・c
- 3 - (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
	- 3 - (2) - 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	a ・b・c
	- 3 - (2) - 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a ・b・c

評価対象 組織の運営管理

- 1 経営状況の把握

		第三者評価結果
- 1 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
	- 1 - (1) - 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a・ b ・c
	- 1 - (1) - 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	a ・b・c
	- 1 - (1) - 外部監査が実施されている。	a ・b・c

- 2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
- 2 - (1) 人事管理の体制が整備されている。		
	- 2 - (1) - 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	Ⓐ・b・c
	- 2 - (1) - 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a・Ⓑ・c
- 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
	- 2 - (2) - 職員の就業状況や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a・Ⓑ・c
	- 2 - (2) - 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	Ⓐ・b・c
- 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
	- 2 - (3) - 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	Ⓐ・b・c
	- 2 - (3) - 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され、計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a・Ⓑ・c
	- 2 - (3) - 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a・Ⓑ・c
- 2 - (4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
	- 2 - (4) - 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・Ⓑ・c

- 3 安全管理

		第三者評価結果
- 3 - (1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
	- 3 - (1) - 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	Ⓐ・b・c
	- 3 - (2) - 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	Ⓐ・b・c
	- 3 - (1) - 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	Ⓐ・b・c

- 4 地域との交流と連携

		第三者評価結果
- 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。		
	- 4 - (1) - 利用者と地域との関わりを大切にしている。	Ⓐ・b・c
	- 4 - (1) - 事業所が有する機能を地域に還元している。	a・Ⓑ・c
	- 4 - (1) - ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	Ⓐ・b・c
- 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。		
	- 4 - (2) - 必要な社会資源を明確にしている。	Ⓐ・b・c
	- 4 - (2) - 関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ・b・c
- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
	- 4 - (3) - 地域の福祉ニーズを把握している。	Ⓐ・b・c
	- 4 - (3) - 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	Ⓐ・b・c

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
	- 1 - (1) - 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	Ⓐ・b・c
	- 1 - (1) - 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	Ⓐ・b・c
- 1 - (2) 利用者満足の向上に務めている。		
	- 1 - (2) - 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a・Ⓑ・c
- 1 - (3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
	- 1 - (3) - 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	Ⓐ・b・c
	- 1 - (3) - 苦情解決の仕組みが確立され、十分に周知・機能している。	Ⓐ・b・c
	- 1 - (3) - 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	Ⓐ・b・c

- 2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
- 2 - (1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
	- 2 - (1) - サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	Ⓐ・b・c
	- 2 - (1) - 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	Ⓐ・b・c
- 2 - (2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
	- 2 - (2) - 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化され、サービスが提供されている。	Ⓐ・b・c
	- 2 - (2) - 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	Ⓐ・b・c
- 2 - (3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
	- 2 - (3) - 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a・Ⓑ・c
	- 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a・Ⓑ・c
	- 2 - (3) - 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	Ⓐ・b・c

- 3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
- 3 - (1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
	- 3 - (1) - 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a・Ⓑ・c
	- 3 - (1) - サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている。	Ⓐ・b・c

- 3 - (2)	サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	
	- 3 - (2) - 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	Ⓐ・b・c

- 4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
- 4 - (1)	利用者のアセスメントが行われている。	
	- 4 - (1) - 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a・Ⓐ・c
- 4 - (2)	利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	
	- 4 - (2) - サービス実施計画を適切に策定している。	a・Ⓐ・c
	- 4 - (2) - 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	Ⓐ・b・c

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準 (評価対象 ~)	38	15	0
合 計	38	15	0